



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
SECRETARIA DE SAÚDE**

**MANUAL DE NORMAS E
ROTINAS DE
PROCEDIMENTOS
PARA A ENFERMAGEM**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Índice

Rotinas de Procedimentos	Página
Administração de Medicamentos Via Endovenosa (EV)	03
Administração de Medicamentos Via Inalatória	04
Administração de Medicamentos Via Intradérmica (ID)	05
Administração de Medicamentos Via Intramuscular (IM)	06
Administração de Medicamentos Via Ocular	09
Administração de Medicamentos Via Oral	10
Administração de Medicamentos Via Subcutânea (SC)	10
Aspiração Traqueal	12
Aspiração de Orofaringe	13
Cateterismo Vesical de Alívio	13
Cateterismo Vesical de Demora	15
Cauterização Cicatriz Umbilical	17
Coleta de Exames Laboratoriais	18
Coleta de Citologia Oncótica	21
Coleta de PKU	24
Curativo	25
Eletrocardiograma	28
Medida de Circunferência de Cintura	29
Medida de Circunferência de Quadril	30
Medida de Estatura	30
Medida de Perímetro Torácico	32
Medida de Peso	32
Medida de Pressão Arterial	35
Oxigenoterapia	37
Oxigenoterapia por Cateter Nasal	38
Preparo e Esterilização de Materiais	39
Preparo de Medicamento Parenteral	42
Sondagem Nasoenteral	44
Sondagem Nasogástrica	47
Troca de Bolsa de Estomia	48
Vacinação	49

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 001

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA ENDOVENOSA (EV)

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

MATERIAIS:

1. Seringa.
2. Agulha 40x15.
3. Agulha 25x6.
4. Algodão.
5. Álcool.
6. Garrote.
7. Fita crepe para identificação.
8. Bandeja.
9. Luva de procedimento.
10. Medicamento prescrito.
11. Abocath no nº adequado.
12. Esparadrapo/ micropore.
13. Soro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
2. Selecionar a ampola, observando nome, validade, alteração de cor e presença de resíduos.
3. Escolher seringa de acordo com a quantidade de líquidos a ser administrado.
4. Lavar as mãos.
5. Fazer assepsia nas ampolas com auxílio do algodão e álcool 70%.
6. Abrir a seringa e conectar a agulha 40x12.
7. Preparar medicação, conforme técnica descrita.
8. Explicar ao paciente o que será realizado.
9. Calçar as luvas.
10. Selecionar veia de grande calibre para punção, garrotear o braço do paciente.
11. Realizar antisepsia do local escolhido.
12. Posicionar seringa bisel voltado para cima e proceder a punção venosa.
13. Soltar o garrote.
14. Administrar a medicação lentamente, observando o retorno venoso, o paciente e as reações apresentadas.

15. Retirar a seringa e pressionar o algodão no local da punção.
16. Lavar as mãos.
17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP- DIR/001/2000).
18. Registrar procedimento em planilha de produção.
19. Manter ambiente de trabalho em ordem.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 002

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS VIA INALATÓRIA

EXECUTANTES: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

MATERIAIS:

1. Copo nebulizador.
2. Máscara.
3. Medicação prescrita.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos com técnica adequada.
2. Preparar a medicação prescrita no copo nebulizador, observando a dose, via, nome paciente, data.
3. Explicar o procedimento ao paciente.
4. Ligar o copo nebulizador à extensão de látex acoplada ao fluxômetro de ar comprimido/oxigênio, conforme prescrição.
5. Regular o fluxo (5 a 10 litros/ min).
6. Orientar o paciente a manter respiração nasal durante a inalação do medicamento.
7. Ao término, oferecer papel toalha para o paciente secar a umidade do rosto.
8. Colocar copo e máscara de nebulização para lavagem e desinfecção.
9. Lavar as mãos.
10. Anotar, assinar e carimbar em prontuário/ receituário, comunicando médico prescritor, caso haja necessidade de avaliação após procedimento.
11. Anotar na planilha de produção.
12. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 003

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRADÉRMICA (ID)

EXECUTANTES: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

MATERIAIS:

1. Seringa 1 ml.
2. Agulha 10 x 5 ou 13 x 4,5.
3. Solução prescrita.
4. Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
2. Lavar as mãos.
3. Preparar medicação conforme técnica já descrita.
4. Orientar o paciente sobre procedimento.
5. Escolher o local da administração (pouca pigmentação, pouco pelo, pouca vascularização, fácil acesso para leitura): a face anterior do antebraço é o local mais utilizado.
6. Fazer a antisepsia da pele com água e sabão caso seja necessário. O álcool 70° não é indicado, para não interferir na reação da droga.
7. Segurar firmemente com a mão o local, distendendo a pele com o polegar e o indicador.
8. Introduzir a agulha paralelamente à pele, com o bisel voltado para cima, até que o mesmo desapareça.
9. Injetar a solução lentamente, com o polegar na extremidade do êmbolo, até introduzir toda a dose.
10. Retirar o polegar da extremidade do êmbolo e a agulha da pele.
11. Não friccionar o local.
12. Desprezar os materiais pérfuro-cortantes em recipiente adequado.
13. Lavar as mãos.
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
15. Registrar procedimento em planilha de produção.
16. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES

Imediatamente após a injeção, aparecerá no local uma pápula de aspecto esbranquiçado e poroso (tipo casca de laranja), com bordas bem nítidas e delimitadas, desaparecendo posteriormente.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 004

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA INTRAMUSCULAR (IM)

EXECUTANTES: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

MATERIAIS:

1. Seringa – conforme volume a ser injetado (máximo 5 ml.).
2. Agulha – comprimento/ calibre compatível com a massa muscular e solubilidade do líquido a ser injetado.
3. Algodão.
4. Álcool 70%.
5. Bandeja.
6. Medicação prescrita.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar prescrição medicamentosa (data, dose, via, nome paciente).
2. Lavar as mãos com técnica adequada.
3. Preparar injeção, conforme técnica já descrita.
4. Orientar o paciente sobre o procedimento.
5. Escolher local da administração.
6. Fazer antissepsia da pele com algodão/ álcool.
7. Firmar o músculo, utilizando o dedo indicador e o polegar.
8. Introduzir a agulha com ângulo adequado à escolha do músculo.
9. Aspirar observando se atingiu algum vaso sanguíneo (caso aconteça, retirar agulha do local, desprezar todo material e reiniciar o procedimento).
10. Injetar o líquido lentamente.
11. Retirar a seringa/agulha em movimento único e firme.
12. Fazer leve compressão no local.
13. Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado (caixa resíduo perfuro-cortante).
14. Lavar as mãos.

15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
16. Realizar anotações em planilhas de produção.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES:

A. Locais de aplicação:

O local apropriado para aplicação da injeção intramuscular é fundamental para uma administração segura. Na seleção do local deve-se considerar o seguinte:

- Distância em relação a vasos e nervos importantes;
- Musculatura suficientemente grande para absorver o medicamento;
- Espessura do tecido adiposo;
- Idade do paciente;
- Irritabilidade da droga;
- Atividade do paciente.

Dorsoglútea (DG):

1. Colocar o paciente em decúbito ventral ou lateral, com os pés voltados para dentro, para um bom relaxamento. A posição de pé é contra-indicada, pois há completa contração dos músculos glúteos, mas, quando for necessário, pedir para o paciente ficar com os pés virados para dentro, pois ajudará no relaxamento.
2. Localizar o músculo grande glúteo e traçar uma cruz imaginária, a partir da espinha ilíaca póstero-superior até o trocânter do fêmur.
3. Administrar a injeção no quadrante superior externo da cruz imaginária.
4. Indicada para adolescentes e adultos com bom desenvolvimento muscular e excepcionalmente em crianças com mais de 2 anos, com no mínimo 1 ano de deambulação.

Ventroglútea (VG):

1. Paciente pode estar em decúbito sentado lateral, ventral ou dorsal.
2. Colocar a mão esquerda no quadril direito do paciente.
3. Localizar com a falange distal do dedo indicador a espinha ilíaca ântero-superior direita.
4. Estender o dedo médio ao longo da crista ilíaca.
5. Espalmar a mão sobre a base do grande trocânter do fêmur e formar com o indicador em triângulo.
6. Indicada para crianças acima de 03 anos, pacientes magros, idosos ou caquéticos.

Face Vasto Lateral da Coxa:

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, lateral ou sentado.
2. Traçar um retângulo delimitado pela linha média na anterior da coxa, na frente da perna e na linha média lateral da coxa do lado da perna, 12-15 cm do grande trocânter do fêmur e de 9-12 cm acima do joelho, numa faixa de 7-10 cm de largura.
3. Indicado para lactantes e crianças acima de 1 mês, e adultos.

Deltóide:

- Paciente poderá ficar sentado ou decúbito lateral.
- Localizar músculo deltóide que fica 2 ou 3 dedos abaixo do acrômio. Traçar um triângulo imaginário com a base voltada para cima e administrar a medicação no centro do triângulo imaginário.

B – Escolha correta do ângulo:

- Vasto lateral da coxa – ângulo 45 em direção podálica.
- Deltóide – ângulo 90°.
- Ventroglúteo – angulação dirigida ligeiramente à crista ilíaca.
- Dorso glúteo – ângulo 90°.

C – Escolha correta da agulha:

Conforme Horta e Teixeira a dimensão da agulha em relação à solução e à espessura da tela subcutânea (quantidade de tecido abaixo da pele) na criança e no adulto, deve seguir o seguinte esquema:

FAIXA ETÁRIA	ESPESSURA SUBCUTÂNEA	SOLUÇÃO AQUOSA	SOLUÇÃO OLEOSA OU SUSPENSÃO
ADULTO	<ul style="list-style-type: none">• Magro• Normal• Obeso	<ul style="list-style-type: none">• 25 x 6/7• 30 x 6/7• 30 x 8	<ul style="list-style-type: none">• 25 x 8• 30 x 8• 30 x 8
CRIANÇA	<ul style="list-style-type: none">• Magra• Normal• Obesa	<ul style="list-style-type: none">• 20 x 6• 25 x 6/7• 30 x 8	<ul style="list-style-type: none">• 20 x 6• 25 x 8• 30 x 8

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 005

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA OCULAR

EXECUTANTES: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

MATERIAIS:

1. Colírio ou pomada oftalmológica.
2. Gaze.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Apresentação: Colírio

1. Checar prescrição (data, nome do paciente, dose, apresentação,).
2. Separar medicação prescrita.
3. Lavar as mãos.
4. Orientar o paciente quanto ao procedimento, solicitando que incline a cabeça para trás.
5. Afastar a pálpebra inferior com o auxílio da gaze, apoiando a mão na face do paciente.
6. Pedir para o paciente olhar para cima e pingar a medicação no centro da membrana conjuntiva.
7. Orientar o paciente a fechar a pálpebra.
8. Lavar as mãos.
9. Anotar data, nome, horário de execução do procedimento.
10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
11. Anotar na planilha de produção.
12. Manter ambiente limpo e organizado.

Apresentação: pomada

1. Com o auxílio da gaze, afastar a pálpebra inferior, apoiando a mão na face do paciente e colocar com o próprio tubo a pomada.
2. Pedir para o paciente fechar os olhos.
3. Proceder a leve fricção sobre a pálpebra inferior.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 006

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA ORAL

EXECUTANTES: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

MATERIAIS:

1. Copo descartável/ graduado.
2. Medicação.
3. Conta gotas.
4. Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar prescrição: data, nome do paciente, medicação, dose, via de administração e apresentação.
2. Lavar as mãos.
3. Separar a medicação evitando tocar as mãos nos comprimidos. Usar a própria tampa do frasco ou gaze para auxiliar.
4. Em caso de líquido – agitar o frasco e colocar a dose prescrita com auxílio do copo graduado, ou conta gotas.
5. Explicar o procedimento ao paciente.
6. Oferecer a medicação.
7. Certificar-se que o medicamento foi deglutido.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
10. Anotar na planilha de produção.
11. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 007

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: ADMINISTRAÇÃO MEDICAMENTOS VIA SUBCUTÂNEA (SC)

EXECUTANTES: Auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

MATERIAIS:

1. Seringa de 1 ou 3 ml.
2. Agulha 10x5, 20x6.

3. Álcool 70%.
4. Algodão.
5. Bandeja.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar medicação prescrita: data, dose, via e nome do paciente.
2. Lavar as mãos.
3. Preparar medicação, conforme técnica descrita.
4. Orientar paciente sobre o procedimento.
5. Escolher o local da administração.
6. Fazer antissepsia da pele com algodão/ álcool 70%, de cima para baixo.
7. Firmar com o dedo polegar e indicador o local da administração.
8. Introduzir a agulha com o bisel voltado para cima num ângulo de 90°.
9. Aspirar, observando se atingiu algum vaso sangüíneo.
10. Injetar o líquido lentamente.
11. Retirar a seringa/agulha num movimento único e firme.
12. Fazer leve compressão no local com algodão.
13. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
16. Registrar procedimento em planilha de produção.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES:

- A. Na administração de insulina não realizar massagem após aplicação, para evitar a absorção rápida.
- B. Locais de aplicação:
 - Região deltóide no terço proximal.
 - Face superior externa do braço.
 - Face anterior da coxa.
 - Face anterior do antebraço.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 008

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: ASPIRAÇÃO TRAQUEAL

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Sonda de aspiração traqueal estéril – nº 14 ou 16 (adulto), nº 8 ou 10 (criança).
2. Compressa gaze estéril.
3. Pares de luvas estéreis.
4. Pares de luvas procedimento.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração traqueal conectada ao sistema de aspiração à vácuo, luva estéril de procedimento, máscara e óculos protetores.
2. Calçar luva de procedimento na mão não dominante e luva estéril na mão dominante.
3. Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante.
4. Com a mão não dominante clampar a extensão de látex e introduzir a sonda com a mão dominante até onde forem possíveis.
5. Desclampar a extensão para que ocorra a aspiração da secreção.
6. Retirar lentamente a sonda, realizando movimentos circulares.
7. Retirar as luvas.
8. Lavar as mãos.
9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
10. Registrar o procedimento em planilha de produção.
11. Manter a sala em ordem.

OBSERVAÇÕES:

- A. No intervalo ente uma aspiração e outra, solicitar que outra pessoa conecte o sistema de ventilação (ambú, respirador).
- B. Realizar aspiração até que o retorno seja mínimo ou ausente.
Auscultar tórax antes e após o procedimento, checando se houve melhora.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 009

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: ASPIRAÇÃO DE OROFARINGE

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Sonda de aspiração estéril nº 14 ou 16 (adulto), nº 8 ou 10 (criança).
2. Compressa gaze.
3. Pares de luvas procedimento.
4. Máscara.
5. Óculos protetores.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Lavar as mãos.
2. Checar montagem de material necessário: sonda de aspiração conectada ao sistema de aspiração à vácuo.
3. Calçar luva de procedimento.
4. Segurar a sonda de aspiração com a mão dominante.
5. Clampar a extensão de látex com a mão não dominante, aspirar a cavidade oral e orofaringe até ausência/redução esperada do conteúdo aspirado.
6. Retirar as luvas.
7. Lavar as mãos.
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
9. Registrar o procedimento em planilha de produção.
10. Manter a sala em ordem.

OBSEVAÇÃO:

- A. Se necessário, instalar cânula de Guedel para facilitar o procedimento.

NORMAS DE PROCEDIMENTO – Nº 010

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: CATETERISMO VESICAL DE ALÍVIO

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas estéreis.
2. Sonda uretral estéril descartável.
3. PVPI tópico.
4. Compressas de gaze estéril.
5. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
6. Campo fenestrado.
7. Lençol.
8. Frasco para coleta de urina se necessário.
9. Lidocaína gel.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

➤ **Paciente do sexo feminino**

1. Posicionar a paciente confortavelmente.
2. Lavar as mãos.
3. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
4. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.
5. Calçar as luvas estéreis.
6. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados até que o cateterismo termine.
7. Realizar antissepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos.
8. Evitar contaminar a superfície da sonda.
9. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.
10. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
11. Secar a área, tornar o paciente confortável.

➤ **Paciente do sexo masculino**

1. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
2. Realizar a assepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente. Após, da glande até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
3. Usar as luvas estéreis, introduzir a sonda dentro da uretra até que a urina flua.
4. Realizar o esvaziamento da bexiga totalmente ou coletar a urina caso seja para exame laboratorial.

5. Remover a sonda suavemente, quando a urina parar de fluir.
6. Secar a área, tornar o paciente confortável.
7. Lavar as mãos.
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
9. Registrar procedimento em planilha de produção.
10. Manter ambiente de trabalho em ordem.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 011

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: CATETERISMO VESICAL DE DEMORA

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

MATERIAIS NECESSÁRIOS:

1. Luvas estéreis.
2. Sonda folley estéril descartável.
3. PVPI tópico.
4. Compressas de gaze estéril.
5. Lidocaína gel.
6. Coletor de urina de sistema fechado.
7. Bandeja de materiais estéreis para cateterismo (cuba rim, cúpula, pinça cheron).
8. Seringa de 20 ml.
9. Água destilada – ampola.
10. Campo fenestrado.
11. Lençol.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO

➤ Paciente do sexo feminino

1. Posicionar a paciente confortavelmente.
2. Lavar as mãos.
3. Abrir a bandeja de cateterismo usando a técnica asséptica. Colocar o recipiente para os resíduos em local acessível.
4. Colocar a paciente em posição de decúbito dorsal com os joelhos flexionados, os pés sobre o leito mantendo os joelhos afastados.
5. Calçar as luvas estéreis.

6. Separar, com uma das mãos, os pequenos lábios de modo que o meato uretral seja visualizado; mantendo-os afastados, até que o cateterismo termine.
7. Realizar antisepsia da região perineal com PVPI tópico e gaze estéril com movimentos únicos:
 - ✓ Horizontalmente, do meato até monte de Vênus. A seguir, verticalmente do meato até final da comissura labial posterior, inicialmente sobre grandes lábios, após entre grandes e pequenos lábios e, por último, em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
8. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
9. Introduzir a sonda pré-conectada a um coletor de drenagem de sistema fechado, bem lubrificada por 5 a 7 cm no meato uretral, utilizando técnica asséptica estrita.
10. Tracionar suavemente a sonda até sentir resistência.
11. Insuflar o balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml), certificando-se de que a sonda está drenando adequadamente.
12. Fixar a sonda de demora, prendendo-a juntamente com o equipo de drenagem na coxa.
13. Secar a área e manter paciente confortável.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
16. Registrar procedimento em planilha de produção.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

➤ **Paciente do sexo masculino**

1. Lubrificar bem a sonda com lubrificante ou anestésico tópico prescrito.
2. Realizar a antisepsia com PVPI tópico e gaze estéril em movimentos únicos da base do pênis até o púbis, e após da base do pênis até raiz da coxa, bilateralmente. Após, da glândula até a base, e por último em movimentos circulares sobre o meato, de dentro para fora.
3. Introduzir a sonda dentro da uretra quase até sua bifurcação, até que a urina flua.
4. Quando a resistência é sentida no esfíncter externo, aumentar discretamente a tração do pênis e aplicar pressão suave e contínua sobre a sonda. Pedir para que o paciente faça força (como se estivesse urinando), para ajudar a relaxar o esfíncter.
5. Insuflar balonete com água destilada (aproximadamente 10 ml).
6. Fixar a sonda de demora, prendendo-a abaixo do umbigo na vertical.
7. Secar a área e manter paciente confortável.
8. Lavar as mãos.

9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
10. Registrar procedimento em planilha de produção.
11. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÃO:

- A. Trocar a sonda de demora e a bolsa coletora a cada 7 dias ou quando necessário após avaliação médica ou do enfermeiro.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 012

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: CAUTERIZAÇÃO CICATRIZ UMBILICAL

EXECUTANTES: Enfermeiro, auxiliares e técnicos de enfermagem.

MATERIAL:

1. Álcool 70%.
2. Bastão de nitrato de prata.
3. Papel alumínio.
4. Óleo de amêndoa ou similar.
5. Luvas de procedimentos.
6. Haste de algodão flexível.
7. Gaze.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Receber o cliente na sala de procedimento.
2. Orientar a mãe ou responsável quanto ao procedimento.
3. Lavar as mãos.
4. Calçar as luvas.
5. Realizar limpeza da cicatriz umbilical, com haste de algodão embebida em álcool 70%.
6. Proteger a pele ao redor da cicatriz umbilical com óleo.
7. Abrir a cicatriz umbilical, a fim de visualizar o granuloma.
8. Inserir o bastão de Nitrato de prata sobre o granuloma da cicatriz umbilical.
9. Solicitar à mãe que vista a bebê.
10. Lavar as mãos.
11. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

12. Registrar o procedimento em planilha de produção.
13. Manter a sala em ordem.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 013

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: COLETA DE EXAMES LABORATORIAIS

EXECUTANTES: Enfermeiro, Técnico e Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL:

1. Luvas de procedimento.
2. Álcool a 70%.
3. Algodão.
4. Vacutainer.
5. Coletor de urina infantil masculino e feminino.
6. Pote estéril para urocultura.
7. Garrote.
8. Adaptador para vacutainer.
9. Seringa de 10 ml e 20 ml.
10. Agulha para seringas.
11. Agulha para vacutainer.
12. Caixa térmica azul.
13. Caixa térmica vermelha.
14. Caixa de isopor (uso específico para coleta).
15. Óculos de proteção.
16. Livro.
17. Gelox.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

➤ Recebimento dos materiais:

1. Acolher o paciente com atenção.
2. Receber a guia de requisição de exames.
3. Verificar quais exames solicitados.
4. Verificar se a guia de requisição está devidamente preenchida (data, letra legível, nome completo, matrícula, idade, procedência, medicamentos em uso, exames solicitados e identificação do profissional solicitante).
5. Confirmar com o paciente se encontra com o preparo adequado para o exame solicitado.

6. Identificar o(s) frasco(s) dos exames solicitados.
7. Orientar o paciente quanto à coleta e/ ou acondicionamento do material.
8. Orientar o paciente quanto ao resultado do exame.
9. Encaminhar o paciente à sala de coleta, quando necessário.
10. Registra em livro ou impresso controle os dados do paciente e exames solicitados.
11. Separar as guias de solicitação, conforme padronização do Laboratório Municipal.
12. Acondicionar as guias de solicitação em sacos plásticos.
13. Lavar as mãos.
14. Manter a sala em ordem.

➤ **Coleta de Sangue:**

1. Recepcionar o paciente com atenção.
2. Explicar o procedimento ao paciente.
3. Receber os frascos de exames, certificando com o paciente, o nome correto.
4. Certificar-se que o paciente encontra-se em jejum, quando necessário para o exame solicitado.
5. Lavar as mãos.
6. Paramentar-se com equipamento de proteção individual (EPI) adequado (luva de procedimento, óculos de proteção e avental).
7. Manter todo material próximo do procedimento.
8. Verificar as condições de acesso venoso, selecionando a mais adequada.
9. Garrotear próximo ao local selecionado.
10. Realizar antissepsia, com algodão e álcool 70%, friccionando com movimento único de baixo para cima, aguardando o tempo de secagem.
11. Realizar a punção venosa, com o bisel da agulha voltado para cima.
12. Inserir o tubo (específico ao exame solicitado) no adaptador do vacutainer, certificando que introduziu toda a tampa na agulha.
13. Retirar o garrote, logo após o início da introdução do sangue no 1º tubo, continuar a coleta com os demais tubos, se for o caso.
14. Realizar inversões delicadas (mínimo 8), nos tubos com anticoagulante.
15. Acondicionar o tubo de coleta em grade própria.
16. Retirar a agulha do local puncionado, com auxílio de algodão, exercendo pressão sobre o local, sem dobrar o braço do paciente.
17. Orientar o paciente quanto ao resultado dos exames.
18. Retirar a agulha do adaptador, com auxílio de pinça Kelly, desprezando no recipiente para descarte de pérfuro-cortante.
19. Retirar as luvas.
20. Lavar as mãos.
21. Realizar anotação em planilha de produção.

➤ **Coleta de urocultura:**

1. Recepcionar o paciente com atenção.
2. Explicar o procedimento ao paciente.
3. Receber a guia de solicitação do exame, certificando-se que está devidamente preenchida.
4. Lavar as mãos.
5. Paramentar-se com EPI indicado.
6. Realizar limpeza da região geniturinária com gaze, embebida com sabão neutro.
7. Retirar o sabão com gaze embebida em água.
8. Solicitar ao paciente que despreze o primeiro jato da urina, coletando o jato intermediário.
9. Colocar coletor de urina infantil, de acordo com sexo.
10. Realizar troca do coletor a cada 30 minutos, caso a criança não apresente diurese nesse intervalo.
11. Tampar imediatamente o frasco.
12. Colar a etiqueta de identificação na lateral do frasco.
13. Acondicionar em caixa adequada.
14. Lavar as mãos.
15. Realizar anotação em planilha de produção.

➤ **Coleta de secreção vaginal:**

1. Recepcionar a paciente com atenção.
2. Explicar o procedimento à paciente.
3. Receber a guia de solicitação do exame, certificando-se que está devidamente preenchida.
4. Lavar as mãos.
5. Paramentar-se com EPI indicado.
6. Encaminhar a paciente ao banheiro ou local reservado, solicitando-a que tire a calcinha.
7. Colocá-la em posição ginecológica.
8. Proceda a coleta da secreção.
9. Coloque o material coletado no tubo (devidamente identificado) com solução salina.
10. Encaminhar a paciente para se trocar.
11. Orientar a paciente quanto ao resultado do exame.
12. Lavar as mãos.
13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR001/2000).
14. Manter a sala em ordem.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 014

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: COLETA DE CITOLOGIA ONCÓTICA

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

MATERIAIS:

1. Espéculo.
2. Lâmina com uma extremidade fosca.
3. Espátula de Ayres.
4. Escova cervical.
5. Par de luvas para procedimento.
6. Formulário de requisição do exame.
7. Lápis – para identificação da lâmina.
8. Fixador apropriado.
9. Recipiente para acondicionamento das lâminas, de preferência caixas de madeira.
10. Lençol para cobrir a paciente.
11. Avental.
12. Gaze.
13. Pinça de Cheron.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Recepcionar a paciente com atenção.
2. Realizar anamnese.
3. Orientar a paciente quanto ao procedimento.
4. Identificar a lâmina na extremidade fosca, com lápis grafite, colocando-a na mesa auxiliar, para receber o material coletado.
5. Ofereça avental à paciente encaminhando-a ao banheiro/ local reservado solicitando-a que retire a parte inferior da roupa e esvazie a bexiga.
6. Lave as mãos.
7. Solicite que ela deite na mesa ginecológica, auxiliando-a a posicionar-se adequadamente para o exame.
8. Cubra-a com o lençol.
9. Calçar as luvas de procedimento.
10. Inicie a primeira fase examinando a região vulvar.
11. Escolha o espéculo adequado.

12. Introduza o espécuro, na posição vertical, ligeiramente inclinado, fazendo uma rotação de 90°, mantendo-o em posição transversa de modo que a fenda da abertura do espécuro fique na posição horizontal.
13. Abra o espécuro lentamente e com delicadeza.
14. Se ao visualizar o colo houver grande quantidade de muco ou secreção, seque-o delicadamente com uma gaze montada em uma pinça, sem esfregar, para não perder a qualidade do material a ser colhido.
15. Proceda a coleta do ectocérvice, utilizando a espátula de madeira tipo Ayres.
16. Encaixe a ponta mais longa da espátula no orifício externo do colo, apoiando-a com firmeza, e com movimento rotativo de 360° em todo orifício, realize a coleta na mucosa ectocervical. Caso considere que a coleta não tenha sido representativa, faça mais uma vez o movimento de rotação.
17. Estenda o material ectocervical na lâmina dispondo-o no sentido vertical ou horizontal, ocupando 2/3 da parte transparente da lâmina, em movimentos de ida e volta esfregando a espátula com suave pressão, garantindo uma amostra uniforme.
18. Proceda à coleta endocervical, utilizando a escova cervical.
19. Introduza a escova delicadamente no canal cervical, girando-a 360°.
20. Estenda o material, ocupando o 1/3 da lâmina, rolando a escova de cima para baixo.
21. Fixar o esfregaço, imediatamente após a coleta, utilizando uma das formas:
 - ✓ O uso do polietilenoglicol é o mais recomendado; pingar 3 a 4 gotas da solução fixadora sobre o material, que deverá ser completamente coberto pelo líquido. Deixar secar ao ar livre em posição horizontal, até a formação de uma película leitosa e opaca na superfície.
 - ✓ Propinilglicol – Borrifar a lâmina com o spray fixador a uma distância de 20 cm.
22. Feche o espécuro, retire-o delicadamente colocando em balde próprio.
23. Retire as luvas.
24. Lave as mãos.
25. Auxilie a paciente a descer da mesa, encaminhando-a para se trocar.
26. Oriente a paciente para que venha retirar o exame conforme a rotina da unidade de saúde.
27. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
28. Registrar o procedimento em planilha de produção.
29. Acondicionar as lâminas nas caixas de madeira, específicas para transportá-las.
30. Preencha a relação de remessa na mesma seqüência das lâminas e das requisições.
31. Enviar as lâminas ao Laboratório de Citologia.
32. Mantenha ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES:

- A. O espéculo de tamanho pequeno deve ser utilizado em mulheres muito jovens, que não tiveram parto vaginal, menopausadas e em mulheres muito magras.
- B. O espéculo de tamanho grande pode ser indicado para as mulheres multíparas e para as obesas.
- C. Condições intermediárias ou em caso de dúvida, use o de tamanho médio.
- D. Caso esteja apresentando dificuldade para visualização do colo, sugira que a paciente tussa. Se não conseguir visualizar o colo peça auxílio à enfermeira ou ao médico.
- E. Não estar menstruada, preferencialmente aguardar o 5º dia após menstruação
- F. A presença de pequeno sangramento de origem não menstrual, não é impeditivo para coleta, principalmente nas mulheres após menopausa.
- G. Não usar creme vaginal nem submeter-se a exames intravaginais (ultra-sonografia) por dois dias antes do exame.
- H. Não lubrifique o especulo com qualquer tipo de óleo, glicerina, creme ou vaselina.
- I. Em caso de mulheres idosas, com vaginas extremamente ressecadas, recomenda-se molhar o especulo com soro fisiológico ou solução salina.
- J. Em paciente virgem, a coleta deverá ser realizada pelo profissional médico. Espéculo pequeno, caso a paciente não tenha tido parto normal.
- K. Em gestante ou na suspeita de gravidez, não realizar coleta de material endocervical.
- L. Caso identifique alterações (nódulos, verrugas, pólipos, etc.) na vulva ou vagina, solicite a presença da enfermeira ou do médico.
 - ✓ A coleta é dupla: do ectocervice e do canal cervical
 - ✓ As amostras são colhidas separadamente.
 - ✓ A paciente pode ter sofrido alguma intervenção cirúrgica no colo ou uma histerectomia (retirada do útero).
 - ✓ Nos casos de mulheres que tenham sofrido histerectomia com manutenção do colo uterino a coleta deve ser realizada como de hábito, inclusive com a escova endocervical.
 - ✓ Nos casos em que houve a retirada total do colo a coleta pode ser feita no fundo da vagina (fundo cego).
 - ✓ O orifício externo do colo uterino das mulheres que nunca tiveram parto vaginal é puntiforme e das que já tiveram é em fenda transversa.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 015

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: COLETA DE PKU

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL:

1. Luvas de procedimento.
2. Álcool a 70%.
3. Gaze ou algodão.
4. Lanceta com ponta triangular.
5. Cartão específico para a coleta.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Recepcionar a família, orientando-a sobre o exame.
2. Preencher os formulários, livros de registros e cartão de coleta, checando todas as informações com a família.
3. Solicitar à mãe que permaneça em pé e segure a criança na posição vertical.
4. Lavar as mãos.
5. Envolver o pé e o tornozelo da criança, com o dedo indicador e o polegar, mantendo-o fletido, deixando exposto apenas o calcanhar.
6. Massagear o calcanhar do bebê suavemente.
7. Fazer antissepsia no local, com algodão e álcool a 70%.
8. Secar o excesso de álcool.
9. Puncionar o local, com movimento firme e contínuo (sentido quase perpendicular a superfície da pele).
10. Desprezar a primeira gota, limpando-a com algodão ou gaze seca.
11. Encostar levemente o verso do papel de filtro, na direção do círculo, a partir da segunda gota, fazendo leves movimentos circulares.
12. Repetir o procedimento até preencher os quatro círculos.
13. Ao término da coleta deitar a criança no colo ou na maca, comprimir o local com algodão ou gaze.
14. Desprezar a lanceta no lixo para perfuro-cortante.
15. Colocar a amostra para a secagem por período de 3 a 4 horas.
16. Lavar as mãos.
17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
18. Registrar o procedimento em planilha de produção.
19. Manter a sala em ordem.

Observações:

1. Não realizar coleta em salas frias e/ ou com ar refrigerado.
2. Não há necessidade de jejum da criança.
3. Iniciar a coleta somente após checar se todos os dados foram preenchidos corretamente.
4. Manter o calcanhar do RN sempre abaixo do nível do coração facilita o fluxo.
5. A punção é **exclusivamente** nas laterais da região plantar, no calcanhar, para não correr o risco de atingir o osso.
6. Durante a coleta, deixar o sangue fluir naturalmente, de maneira homogênea, impregnando os dois lados do papel filtro.
7. Caso não obtenha uma mancha adequada de sangue, aguardar a formação de uma nova gota, colocando-a próxima a primeira gota.
8. Nunca preencha os espaços vazios com pequenas gotas para completar a área total, pois proporciona sobreposição do sangue e interfere no exame.
9. Caso necessário faça uma nova punção para obter a gota adequada, que deverá ser próximo da primeira, nunca no mesmo local, utilizando nova lanceta.
10. A secagem da amostra deve ser realizada com os cartões na **horizontal, nunca as expondo ao sol.**
11. Após secas, as amostras devem ser acondicionadas em um único envelope, e estes colocados dentro de caixa (isopor ou plástica), que devem permanecer na parte inferior da geladeira (no máximo por 3 dias) até que sejam enviadas ao laboratório.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 016**Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem****Procedimento: CURATIVO**

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

MATERIAIS:

1. Pacote de curativo (pinça Kelly, pinça dente de rato, pinça anatômica e ou pinça mosquito).
2. Soro fisiológico (0,9%), água tratada ou fervida.
3. Agulha 40/12 ou 25/8.
4. Seringa 20 ml.
5. Gaze, chumaço.

6. Luva de procedimento ou estéril se necessário.
7. Cuba estéril ou bacia plástica.
8. Cobertura ou produto tópico prescrito (cremes, pomadas, hidrocolóides, etc.).
9. Esparadrapo, fita adesiva e "micropore" ou similar.
10. Faixa crepe de 8 ou 15cm (atadura).
11. Tesoura (Mayo e Iris).
12. Cabo de bisturi e lâmina de bisturi.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Receber o paciente de maneira cordial.
2. Explicar o procedimento a ser realizado.
3. Manter o paciente em posição confortável.
4. Manter a postura correta durante o curativo.
5. Lavar as mãos.
6. Preparar o material para a realização do curativo.
7. Avaliar a ferida.
8. Realizar o curativo utilizando técnica segundo a classificação da ferida:

Lesões fechadas:

➤ Incisão simples:

- ✓ Remover a cobertura anterior com a pinça dente de rato, desprezando-a na borda do campo.
- ✓ Montar a pinça Kelly com gaze, auxiliada pela pinça anatômica.
- ✓ Umedecer a gaze com soro fisiológico.
- ✓ Proceder a limpeza da incisão de dentro para fora, sem voltar ao início da lesão.
- ✓ Secar a incisão de cima para baixo.
- ✓ Ocluir com gaze, chumaço ou outro curativo prescrito.
- ✓ Fixar com micropore.
- ✓ Trocar o curativo a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado (úmido).
- ✓ Manter a incisão aberta se estiver limpa e seca no período de 24 a 48 horas após o procedimento cirúrgico.

➤ Incisão com pontos subtotais:

- ✓ Remover a cobertura anterior.
- ✓ Lavar todos os pontos subtotais, introduzindo soro fisiológico no interior de cada ponto, com auxílio de seringa e agulha, colocando gaze do lado oposto para reter a solução.
- ✓ Proceder a limpeza como descrita para lesões simples.
- ✓ Proteger a área central com gaze seca ou chumaço.
- ✓ Fixar com micropore.

- ✓ Manter o curativo ocluído enquanto houver exsudação.
- ✓ Realizar troca a cada 24 horas ou sempre que estiver saturado.

Lesões abertas:

- ✓ Remover a cobertura anterior, de forma não traumática.
- ✓ Irrigar abundantemente com soro fisiológico, quando a cobertura primária for de gaze.
- ✓ Realizar a limpeza com técnica adequada (asséptica ou limpa).
- ✓ Manter o leito da úlcera úmido.
- ✓ Manter a área ao redor da úlcera sempre seca, evitando a maceração e facilitando a fixação da cobertura.

9. Lavar as mãos.
10. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
11. Registrar o procedimento em planilha de produção.
12. Manter a sala em ordem.

Observações:

- A. A prescrição do curativo é privativa do enfermeiro e do médico.
- B. A limpeza de feridas com tecido de granulação deve ser preferencialmente feita através de irrigação com jato de soro fisiológico morno, com seringa de 20 ml e agulha 40x12 ou 25x8, ou ainda frasco de soro perfurado de diferentes maneiras.
- C. Proteger sempre as úlceras com gazes, compressas, antes de aplicar uma atadura.
- D. Não apertar demais a atadura, devido ao risco de gangrena, por falta de circulação.
- E. Iniciar o enfaixamento sempre, no sentido distal para o proximal para evitar garroteamento do membro.
- F. Observar sinais e sintomas de restrição circulatória: palidez, eritema, cianose, formigamento, insensibilidade ou dor, edema e esfriamento da área enfaixada.
- G. Trocar o curativo com gaze a cada 24 horas ou quando estiver úmido, sujo ou solto.
- H. A recomendação atual, para realização do curativo consiste em manter a ferida limpa, úmida e coberta, exceto incisões fechadas e locais de inserção de cateteres e introdutores e fixadores externos.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 017

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: ELETROCARDIOGRAMA

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

MATERIAIS:

1. Eletrocardiógrafo.
2. Gel hidrossolúvel.
3. Álcool á 70%.
4. Algodão seco.
5. Lençol.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Testar o eletrocardiógrafo, assegurando que o mesmo está ligado.
2. Checar a presença e integridade do cabo de força, fio terra e cabo do paciente com cinco vias.
3. Seguir as orientações de utilização segundo o fabricante.
4. Solicitar ao paciente que exponha o tórax, punhos e tornozelos.
5. Solicitar que o paciente retire relógio, correntes, chaves, celulares, etc..
6. Cobrir o paciente para que o mesmo não fique totalmente exposto.
7. Orientar o paciente a deitar, evitar a movimentação, tossir ou conversa, enquanto o ECG está sendo registrado, a fim de evitar artefatos.
8. Efetuar a remoção de gordura, com algodão embebido em álcool 70%, das faces anteriores dos antebraços, na porção distal e das faces internas dos tornozelos (acima dos maléolos internos).
9. Colocar os eletrodos no tórax e nos membros conforme determinado, usando eletrodos auto-adesivos ou gel hidrossolúvel ou ainda, outro material de condução (conforme orientação do fabricante).
10. Iniciar o registro no eletrocardiógrafo.
11. Avaliar se o registro efetuado pelo equipamento é compatível com o esperado para um traçado eletrocardiográfico.
12. Finalizar o procedimento, auxiliando o paciente a levantar-se da maca e vestir-se.
13. Avaliar o registro, comunicando as alterações ao enfermeiro, identificando alterações precocemente.
14. Aferir o pulso do paciente, classificando conforme a frequência, ritmo e amplitude.
15. Anotar em livro próprio os seguintes dados: data, nome do paciente, idade, ficha e se será encaminhado para laudo.

16. Identificar a fita registro do eletrocardiograma com: nome do paciente, idade, número da ficha e nome do Centro de saúde.
17. Registrar as derivações nos seguimentos, na seguinte ordem: DI, DII, DIII, AVR, AVL, AVF, V1, V2, V3, V4, V5 e V6.
18. Anexar a fita do eletrocardiograma à solicitação do exame.
19. Lavar as mãos.
20. Checar a realização do exame no verso da prescrição, anotando data, horário, nome e registro do profissional que executou o exame.
21. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
22. Registrar o procedimento em planilha de produção.
23. Manter a sala em ordem.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 018

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: MEDIDA DE CIRCUNFÊRENCIA DE CINTURA

EXECUTANTES: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL:

1. Fita métrica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Recepcionar o paciente.
2. Orientar o procedimento ao paciente.
3. Orientar o paciente a permanecer de pé, ereta, abdômen relaxado, braços estendidos ao longo do corpo e os pés separados numa distância de 25-30 cm.
4. Solicitar ao paciente que afaste a roupa, de forma que a região da cintura fique despida. A medida não deve ser feita sobre a roupa ou cinto.
5. Mantenha-se de frente para o paciente, segure o ponto zero da fita métrica em sua mão direita e, com a mão esquerda, passar a fita ao redor da cintura ou na menor curvatura localizada entre as costelas e o osso do quadril (crista ilíaca).
6. Ajustar a fita métrica no mesmo nível em todas as partes, em seguida, solicite que o paciente expire totalmente.
7. Realizar a leitura imediata antes que a pessoa inspire novamente.
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

9. Registrar o procedimento em planilha de produção.
10. Lavar as mãos.
11. Manter a sala em ordem.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 019

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: MEDIDA DE CIRCUNFERÊNCIA DE QUADRIL

EXECUTANTES: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL:

1. Fita métrica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Recepcionar o paciente.
2. Orientar o procedimento ao paciente.
3. Orientar o paciente a permanecer em pé, ereto, com braços afastados do corpo e com mínimo de roupas possível.
4. Colocar a fita métrica ao redor do quadril, na área de maior diâmetro, sem comprimir a pele.
5. Manter a fita métrica ajustada no mesmo nível em todas as partes.
6. Realizar a leitura.
7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
8. Registrar o procedimento em planilha de produção.
9. Lavar as mãos.
10. Manter a sala em ordem.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 020

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: MEDIDA DE ESTATURA

EXECUTANTES: Enfermeiro, Técnicos e auxiliares de enfermagem.

MATERIAL:

1. Antropômetro.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Crianças menores de 2 anos:

1. Recepcionar.
2. Lavar as mãos.
3. Deitar a criança no centro do antropômetro descalça e com a cabeça livre de adereços.
4. Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:
 - a cabeça da criança, apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito;
 - os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do antropômetro;
 - os braços estendidos ao longo do corpo, as nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apóia o antropômetro.
5. Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, mantendo-os estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levantar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam.
6. Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.
7. Retirar a criança.
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
9. Registrar o procedimento em planilha de produção.
10. Lavar as mãos.
11. Manter a sala em ordem.

Crianças maiores de 2 anos, adolescentes e adultos:

1. Posicionar o paciente descalço, com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento.
2. Solicitar ao paciente que permaneça de pé, ereto, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
3. Solicite ao paciente que encoste os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o antropômetro/ parede.
4. Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo.
5. Solicitar ao paciente que desça do equipamento, mantendo o cursor imóvel.
6. Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
7. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).

8. Registrar o procedimento em planilha de produção.
9. Lavar as mãos.
10. Manter a sala em ordem.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 021

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: MEDIDA DE PERÍMETRO TORÁCICO

EXECUTANTES: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

MATERIAL:

Fita Métrica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Colocar a criança deitada ou sentada de acordo com a idade da criança.
2. Segurar a fita métrica, no ponto zero, passando-a pelo dorso, na altura dos mamilos.
3. Manter a fita ajustada no mesmo nível em todas as partes do tórax.
4. Realizar a leitura.
5. Anotar na ficha clínica, gráfico de desenvolvimento e crescimento e cartão da criança.
6. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
7. Registrar o procedimento em planilha de produção.
8. Lavar as mãos.
9. Manter a sala em ordem.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 022

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: MEDIDA DE PESO

EXECUTANTES: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

MATERIAIS:

1. Balança.
2. Álcool 70%.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Em balança pediátrica ou “tipo bebê”:

1. Destruar a balança.
2. Constatar que a balança está calibrada. Caso contrário calibrá-la.
3. Travar a balança novamente.
4. Lavar as mãos.
5. Despir a criança com o auxílio da mãe/responsável.
6. Colocar a criança sentada ou deitada no centro do prato, destravar a balança.
7. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento.
8. Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso.
9. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
10. Travar a balança.
11. Realizar a leitura de frente para o equipamento com os olhos no mesmo nível da escala.
12. Retirar a criança e retornar os cursores ao zero na escala numérica.
13. Registrar o peso no prontuário e no cartão da criança.
14. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
15. Registrar o procedimento em planilha de produção.
16. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%.
17. Lavar as mãos.
18. Manter a sala em ordem

Em balança pediátrica eletrônica (digital):

1. Ligar a balança e certificar-se que a mesma encontra-se zerada.
2. Despir a criança com o auxílio da mãe/responsável.
3. Colocar a criança, sentada ou deitada, no centro da balança.
4. Orientar a mãe/responsável a manter-se próximo, sem tocar na criança e no equipamento.
5. Realizar a leitura, quando o valor do peso estiver fixo no visor.
6. Retirar a criança.
7. Registrar o peso no prontuário e no Cartão da Criança.
8. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
9. Registrar o procedimento em planilha de produção.
10. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%.
11. Lavar as mãos.
12. Manter a sala em ordem.

Em balança mecânica de plataforma:

1. Destruar a balança.
2. Verificar se a balança está calibrada. Caso contrário calibrá-la.
3. Travar a balança.
4. Posicionar o paciente de costas para a balança, no centro do equipamento, descalça, com o mínimo de roupa possível, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
5. Destruar a balança.
6. Mover os cursores, maior e menor, sobre a escala numérica para registrar o peso.
7. Esperar até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
8. Travar a balança.
9. Realizar a leitura de frente para o equipamento, a fim de visualizar melhor os valores apontados pelos cursores.
10. Solicitar ao paciente que desça do equipamento.
11. Retornar os cursores ao zero na escala numérica.
12. Registrar o peso no prontuário do paciente e no cartão da criança (para crianças menores de 7 anos de idade).
13. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
14. Registrar o procedimento em planilha de produção.
15. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool a 70%.
16. Lavar as mãos.
17. Manter a sala em ordem.

Em balança eletrônica (digital):

1. Ligar a balança, esperar que o visor zere.
2. Posicionar o paciente no centro da balança descalça, com o mínimo de roupa possível, ereto, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
3. Realizar a leitura após o valor do peso estiver fixado no visor.
4. Retirar o paciente da balança.
5. Registrar o peso no prontuário do paciente e no cartão da criança (para crianças menores de 7 anos de idade).
6. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
7. Registrar o procedimento em planilha de produção.
8. Proceder a assepsia do prato da balança com álcool à 70%.
9. Lavar as mãos.
10. Manter a sala em ordem.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 023

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: Medida de Pressão Arterial

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

MATERIAIS:

1. Esfigmomanômetro Aneróide ou de coluna de mercúrio.
2. Estetoscópio.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Explicar o procedimento ao paciente, questionar sobre uso de medicação, horário e queixas.
2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes da medida.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento e envolver pelo menos 80% do braço.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para a estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar, de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder a deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determina a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.

9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase 1 de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff), anotar valores da sistólica/ diastólica/ (zero).
10. Registrar os valores das pressões sistólica e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.
13. Registrar procedimento em prontuário/mapa de controle, assinando e carimbando (conforme decisão do COREM-SP-DIR/001/2000).
14. Comunicar médico/ enfermeiro caso de alteração da PA.
15. Registrar procedimento em planilha de produção.
16. Lavar as mãos.
17. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSERVAÇÕES:

- A. Orientar para que o paciente descanse por 5 a 10' em ambiente calmo antes da aferição e que não fale durante a execução do procedimento.
- B. Dimensões aceitáveis da bolsa de borracha para braços de diferentes tamanhos:

Circunferência do braço (cm)	Denominação do Manguito	Largura do Manguito (cm)	Comprimento da bolsa (cm)
<= 6	recém-nascido	3	6
6-15	Criança	5	15
16-21	Infantil	8	21
22-26	Adulto pequeno	10	24
27-34	Adulto	13	30
35-44	Adulto grande	16	38
45-52	Coxa	20	42

- C. Esfigmomanômetro deve ser periodicamente testado e devidamente calibrado a cada 6 meses.
- D. Gestante recomenda-se que a PA seja verificada na posição sentada.

- E. Em pacientes obesos, deve-se utilizar o manguito de tamanho adequado à circunferência do braço.
- F. Na 1ª avaliação fazer a medida da PA com o paciente sentado e em posição ortostática, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos, em uso de medicação anti-hipertensiva.

Normas de procedimentos – Nº 024

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: OXIGENOTERAPIA

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

MATERIAIS:

1. Cateter nasal nº adequado conforme avaliação prévia ou máscara.
2. Gaze.
3. Esparadrapo/ micropore.
4. Intermediário.
5. Umidificador.
6. Oxigênio canalizado ou em torpedo.
7. Bandeja.
8. Água filtrada.
9. Luvas de procedimento.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Checar prescrição.
2. Lavar as mãos com técnica adequada.
3. Preparar o umidificador com água, enchendo com 2/3 de sua capacidade.
4. Reunir todo material.
5. Orientar o paciente quanto ao procedimento, deixá-lo em posição confortável (cabeceira elevada 30-45°).
6. Conectar o cateter ao intermediário de borracha, e ao umidificador já montado.
7. Medir a distância do cateter entre a ponta do nariz e o lóbulo da orelha, identificando com esparadrapo para saber até que ponto o cateter será introduzido (cateter “tipo óculos” – não há necessidade deste procedimento).
8. Colocar as luvas conforme técnica adequada.
9. Introduzir o cateter até local marcado.

10. Fixar o cateter com esparadrapo/ micropore sobre a testa ou face do paciente, garantindo que o mesmo sintá-se confortável.
11. Colocar o número de litros de O₂ conforme prescrição.
12. Observar reações do paciente.
13. Retirar as luvas, desprezando em lixo contaminado.
14. Lavar as mãos.
15. Anotar data, nome, horário do procedimento e anotações necessárias quanto a condições do paciente (presença de cianose, retração de fúrcula esternal intercostal...) e evolução do quadro, comunicando médico solicitante também verbalmente quando necessário.
16. Assinar e carimbar (conforme decisão COREN–SP–DIR/00/2000).
17. Manter ambiente de trabalho limpo e organizado.

OBSERVAÇÃO:

- A. Oxigenoterapia domiciliar – Orientações do protocolo SAD.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 025

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: OXIGENOTERAPIA POR CATETER NASAL

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

MATERIAIS:

1. Fonte de oxigênio.
2. Cateter nasal de plástico.
3. Copo umidificador.
4. Água destilada.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Explicar o procedimento ao paciente.
2. Colocar água destilada no copo do umidificador.
3. Conectar o umidificador ao fluxômetro de oxigênio.
4. Conectar uma extremidade da extensão de látex/ silicone ao umidificador e outra à cânula de oxigênio.
5. Introduzir parte central da cânula nas fossas nasais do paciente.
6. Posicionar a extensão por trás do pavilhão auricular bilateralmente.
7. Ligar fluxômetro de oxigênio conforme fluxo solicitado.
8. Lavar as mãos.

9. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
10. Registrar o procedimento em planilha de produção.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 026

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: PREPARO E ESTERILIZAÇÃO DE MATERIAIS

EXECUTANTES: Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de enfermagem.

MATERIAL:

1. Óculos protetor.
2. Luvas de borracha.
3. Avental impermeável.
4. Gorro.
5. Máscara.
6. Sabão.
7. Esponja, malha de aço ou escova.
8. Campo de tecido.
9. Invólucros apropriados.
10. Ampolas de indicador biológico.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

Preparo dos materiais:

1. Paramentar-se com equipamentos de proteção individual (EPI).
2. Realizar lavagem criteriosa dos materiais/ instrumentais, com água e sabão, utilizando esponja, malha de aço ou esponja; conforme a necessidade.
3. Colocar os materiais/ instrumentais sobre um campo limpo.
4. Secar os materiais/ instrumentais com campo limpo.
5. Verificar as condições de uso dos materiais/ instrumentais, encaminhando-os à manutenção sempre que necessário.
6. Retirar os equipamentos de proteção individual.
7. Realizar lavagem rigorosa das mãos.
8. Embalar os materiais/ instrumentais em invólucro apropriado.
9. Enviar os materiais/ instrumentais para esterilização, através da portinhola que separa o expurgo da sala de esterilização.
10. Registrar o procedimento em planilha de produção, com número de procedimentos realizados.
11. Manter a sala em ordem.

Esterilização dos materiais/ instrumentais:

1. Lavar as mãos.
2. Verificar a integridade dos pacotes.
3. Separar os artigos de superfície (bandejas, bacias e instrumentais) dos artigos de espessura (campos cirúrgicos, aventais, compressas, etc.).
4. Acondicionar o material/ instrumental na autoclave de acordo com o seu tipo, respeitando o tipo de ciclo (programa I ou II).
5. Fechar a autoclave.
6. Manipular o equipamento conforme a orientação do fabricante.
7. Registrar os parâmetros da autoclave em impresso próprio: pressão interna e externa da câmara, pressão negativa e temperatura de cada ciclo de esterilização.
8. Após término do ciclo, retirar os materiais da autoclave, colocando-os sobre uma superfície protegida por um campo limpo.
9. Armazenar o material/ instrumental estéril em armário próprio ou encaminhá-lo à sala específica.
10. Separar os materiais/ instrumentais com data de esterilização vencida ou que perderam a integridade do invólucro para encaminhá-los ao expurgo.
11. Registrar o procedimento em planilha de produção, com número de procedimentos realizados.
12. Lavar as mãos.
13. Manter a sala em ordem.

Teste biológico:

1. Lavar as mãos.
2. Preparar três pacotes com as ampolas do indicador biológico.
3. Posicionar os pacotes na autoclave, da seguinte forma: um na região central da câmara, outro próximo ao dreno e o último próximo à porta.
4. Efetuar o ciclo de esterilização normalmente.
5. Abrir os pacotes ao final do processo, identificando as ampolas com data, posicionamento do indicador dentro da autoclave e nome do operador.
6. Preparar um indicador controle (que não passou pelo processo de esterilização), identificando-o com data, "controle" e nome do operador.
7. Ativar os indicadores, quebrando a ampola de vidro de dentro da embalagem, apertando a ampola plástica.
8. Colocar os indicadores na incubadora já aquecida, mantendo o nível de água na altura da estante da mesma.
9. Manter a incubadora sempre tampada.
10. Realizar a primeira leitura do teste após 24 horas de permanência na incubadora.

11. Realizar a leitura final após 48 horas de esterilização (o indicador “controle” deve apresentar coloração amarelada).
12. Desprezar no lixo para perfuro-cortante, os indicadores que passaram pelo processo de esterilização.
13. Colocar na autoclave o indicador “controle”, efetuando o ciclo e, desprezá-lo no lixo para perfuro-cortante.
14. Lavar as mãos.
15. Registrar o teste biológico em impresso próprio com as informações: data da esterilização, horário do início da incubação, indicadores colocados na incubadora, leituras realizadas após 24 e 48 horas, identificação do profissional.
16. Registrar o procedimento em planilha de produção.
17. Manter a sala organizada.

Observação:

- A. O fluxo de pessoal no expurgo e sala de esterilização deve ser limitado ao profissional que está desenvolvendo as atividades.
- B. É necessário que o profissional encerre todas as atividades no expurgo, para iniciar as atividades na sala de esterilização. Não é permitido executar tarefas concomitantes nas duas salas, devido ao risco de disseminação de microorganismos para os materiais/ instrumentais já limpos ou esterilizados.
- C. O profissional deve permanecer com os cabelos presos e não utilizar anéis, pulseiras, relógios, etc., durante o preparo e esterilização dos materiais.
- D. Ao acondicionar os materiais/ instrumentais na autoclave atentar para:
 - ✓ Verificar a integridade dos pacotes;
 - ✓ Preservar um espaçamento de 25 a 50 mm entre os pacotes e a mesma distância entre os materiais e a parede interna do equipamento, favorecendo a distribuição do vapor para todos os espaços da câmara;
 - ✓ O volume da carga não pode exceder a 80% da capacidade do equipamento;
 - ✓ Colocar os pacotes maiores na parte inferior da câmara e os menores por cima, facilitando o fluxo do vapor;
 - ✓ Posicionar os artigos com cavidade (jarros, bacias, cubas, etc.) com abertura para baixo, facilitando o escoamento da água resultante da condensação do vapor;
 - ✓ Ao término do ciclo, manter a porta da autoclave entreaberta por um período de 5 a 10 minutos, para a saída do vapor e secagem dos materiais;
 - ✓ Ao retirar os materiais/ instrumentais da autoclave observar a alteração do indicador de esterilização;

- ✓ Encaminhar ao expurgo, todo material com prazo de esterilização vencida ou que perderam a integridade do invólucro.

E. Ao realizar o teste biológico atentar para:

- ✓ Se após 24 horas, os três indicadores testes não sofrerem modificação na coloração original (violeta), será necessário incubá-los por mais 24 horas, para confirmar a morte de microorganismos na forma esporulada;
- ✓ O crescimento bacteriano é observado pela coloração amarelada do meio de cultura, assim, o indicador “controle” deverá apresentar esta cor após a incubação;
- ✓ Se, após 48 horas de incubação, o indicador “controle” não apresentar a modificação esperada na coloração, verificar o funcionamento da incubadora, data de validade e lote do indicador;
- ✓ Se os indicadores que passaram pelo processo de esterilização, apresentarem mudança na coloração suspenda o uso dos materiais esterilizados após essa data e solicite a manutenção da autoclave.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 027

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: PREPARO DE MEDICAMENTO PARENTERAL

EXECUTANTES: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

MATERIAIS:

1. Seringa descartável apropriada à via de administração e volume.
2. Agulha descartável apropriada.
3. Algodão.
4. Álcool 70%.
5. Bandeja.
6. Medicação.
7. Cateter Teflon.
8. Scalp.
9. Garrote (endovenosa).
10. Esparadrapo (venóclise).

DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO:

1. Checar prescrição medicamentosa.
2. Separar medicação a ser preparada.
3. Lavar as mãos com técnica adequada.

AMPOLA

1. Agitar a ampola, limpar o gargalo com algodão embebido em álcool 70°.
2. Montar a seringa/agulha com técnica adequada.
3. Quebrar a ampola utilizando algodão ou gaze para apoio e proteção dos dedos.
4. Segurar a ampola entre os dedos indicador e médio da mão, e com a outra pegar a seringa e introduzir cuidadosamente dentro da ampola sem tocar as bordas externas, com o bísel voltado para baixo, em contato com o líquido.
5. Aspirar a dose prescrita.
6. Deixar a seringa/ agulha para cima em posição vertical, expelindo todo o ar que tenha penetrado.
7. Proteger a agulha com protetor próprio.
8. Desprezar o material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
9. Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

FRASCO – LIÓFILO

1. Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70°.
2. Preparar a ampola diluente conforme técnica anterior.
3. Montar seringa/agulha, usando agulha de maior calibre.
4. Retirar a seringa, protegendo a agulha.
5. Realizar rotação de frasco entre as mãos para misturar o líquido ao pó, evitando a formação de espuma.
6. Colocar ar na seringa na mesma proporção e quantidade de líquido injetado no frasco.
7. Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirando a dose prescrita.
8. Retirar o ar da seringa.
9. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração.
10. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
11. Identificar a seringa com nome do paciente e via de administração, colocar na bandeja.

FRASCO-AMPOLA

1. Retirar o lacre metálico superior, limpar a borracha com algodão embebido em álcool 70°.
2. Montar seringa/agulha.
3. Colocar ar na seringa na mesma proporção da quantidade do líquido a ser aspirado.

4. Erguer o frasco verticalmente, logo após a introdução do ar, aspirar a dose prescrita.
5. Retirar o ar da seringa.
6. Trocar a agulha, colocando outra de acordo com as especificidades do paciente, líquido e via de administração.
7. Desprezar material perfuro-cortante em recipiente apropriado.
8. Identificar com nome do paciente, via de administração e colocar na bandeja.

OBSERVAÇÃO:

- A. Caso a dose do frasco seja fracionada para vários horários, identificar frasco com nome do paciente, data e horário da diluição.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 028

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: SONDAGEM NASOENTERAL

EXECUTANTES: Enfermeiro e Técnico de enfermagem.

MATERIAIS:

1. Sonda Nasoenteral de poliuretano ou silicone, tamanhos 8 a 12 F.
2. Luvas de procedimento.
3. Mandril (fio guia).
4. Gazes.
5. Lubrificante hidrossolúvel (lidocaína gel 2%) ou água.
6. Seringa 20 ml.
7. Copo com água filtrada ou fervida.
8. Estetoscópio.
9. Fita indicadora de pH.
10. Fita adesiva não alergênica.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Explicar o procedimento ao paciente.
2. Reunir o material próximo do leito.
3. Medir o comprimento da sonda, a partir do lóbulo da orelha até a base do nariz e dessa até a parte inferior do apêndice xifóide, acrescentando mais 5 a 10 cm. Marcá-la com esparadrapo para visualizar o tamanho da sonda a ser introduzida.
4. Proteger o paciente com uma toalha.
5. Lavar as mãos e calçar luvas.

6. Retirar próteses dentárias, se necessário.
7. Posicionar o paciente em semi-fowler, mantendo a cabeça em posição de deglutição (fletida para frente), alinhada em relação ao tronco.
8. Testar as narinas e introduzir a sonda lubrificada na narina mais desobstruída. Passar a sonda até a nasofaringe, dirigindo-a para baixo e para trás. Quando a sonda alcançar a orofaringe solicitar que o paciente que inspire profundamente e degluta várias vezes e se necessário dar-lhe um gole d'água, para ajudar na progressão da sonda para o esôfago.
9. Não forçar a passagem da sonda caso esta apresente resistência.
10. A rotação suave pode ajudar.
11. Continuar a progressão da sonda até a marca definida.
12. Suspender a progressão da sonda caso o paciente apresente náuseas, vômitos, tosse, dispnéia ou cianose.

Verificar se a sonda está no estômago, utilizando sempre os testes abaixo:

- Solicitar ao paciente que fale, pois se a voz estiver alterada a sonda poderá estar localizada na traquéia.
 - Mergulhar a ponta externa da sonda na água e pedir para que o paciente expire. Se borbulhar a sonda pode estar no pulmão e deve ser retirada.
 - Adaptar uma seringa na ponta externa da sonda, insuflar ar (10 ml) e auscultar o estômago com estetoscópio. A entrada de ar no estômago provoca um ruído característico do tipo bolhas na água.
 - Aspirar com a seringa conectada no mandril, verificando o retorno de líquido gástrico e medir o pH (pH gástrico <5).
13. Retirar o mandril com cuidado (após lubrificação se necessário).
 14. Verificar a posição da sonda, novamente, injetando ar em bolo.
Na ausência de ausculta ou de retorno, repassar a sonda.
 15. Tapar a conexão da sonda.
 16. Retirar as luvas.
 17. Fixar a sonda e deixar o paciente confortável.
 18. Guardar o mandril na embalagem original da sonda, adequadamente
 19. Enrolado e identificado, para repassar a sonda se necessário;
 20. Lavar as mãos.
 21. Solicitar RX para certificar-se o posicionamento da sonda, sempre que necessário.
 22. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
 23. Registrar o procedimento em planilha de produção.
 24. Manter a sala em ordem.

Observações:

A. Se a posição pós-pilórica da sonda for indicada:

- ✓ Antes do procedimento, administrar a medicação gastro-cinética prescrita pelo médico.
- ✓ Acrescentar 15 a 20 cm, conforme a constituição do paciente e posição desejada, à distancia medida para posição gástrica.
- ✓ Introduzir a sonda até o estômago.
- ✓ Retirar o mandril.
- ✓ Realizar os testes já descritos, inclusive de controle de pH.
- ✓ Solicitar que o paciente permaneça em decúbito lateral direito durante 2 a 3 horas, para favorecer a migração.
- ✓ Após este tempo, aspirar liquido duodenal e medir o pH (pH duodenal: 6 a 8).
- ✓ Encaminhar o paciente para o RX no mínimo 3 horas após a sondagem.

B. Infusão e Manutenção da sonda:

- ✓ Fazer higiene oral conforme prescrição de enfermagem.
- ✓ Limpar diariamente a narina na qual a sonda está introduzida com água, ou SF ou AGE.
- ✓ Trocar o local da fixação diariamente para evitar irritação e escamação da pele.
- ✓ Aplicar creme ou vaselina nos lábios e narinas para prevenir a formação de crostas.
- ✓ Manter a cabeceira do paciente em semi-fowler durante todo o período em que estiver recebendo dieta e por 30 minutos após.
- ✓ As sondas para NE têm durabilidade de 30 a 60 dias (poliuretano) e 6 meses (silicone), se mantidas adequadamente.
- ✓ Em caso de retirada acidental, poderá ser repassada, no mesmo paciente, após lavagem interna com água e sabão, utilizando uma seringa.
- ✓ Verificar a integridade da sonda; se apresentar sinais de rigidez, rachaduras, furos ou secreções aderidas, desprezá-la.
- ✓ Ao final da terapia a sonda deverá ser desprezada.
- ✓ Cuidado para não tracionar a asa do nariz, pelo risco de lesão.
- ✓ Lavar a sonda com 10 a 30 ml de água filtrada ou fervida, antes e após administrar medicamentos, nutrição enteral e aspirar suco gástrico.
- ✓ Administrar os medicamentos um a um, lavando a sonda entre as medicações, evitando interações físico-químicas que podem causar obstrução.
- ✓ Nunca administrar medicação com a dieta.
- ✓ Diluir as apresentações hipertônicas com 30-60 ml de água.
- ✓ Suspender a infusão da dieta por 1 hora antes e 1 hora após para medicações que sofrem diminuição de absorção na presença de alimentos como exemplo: fenitoina, captopril e quinilonas.

- ✓ No caso de obstrução, injetar água com pressão moderada, com seringa de 20 ml, pois a pressão excessiva pode provocar rachaduras na sonda.
- ✓ Verificar a posição da sonda, por aspiração de líquido gástrico/duodenal e ausculta de borborígio na região epigástrica ou no quadrante abdominal superior esquerdo:
 - Cada vez que for instalar o frasco de nutrição enteral, em caso de NE contínua; após episódios de vômito, regurgitação e tosse intensa (a extremidade da sonda pode voltar ao esôfago ou até enrolar-se na cavidade oral, mesmo quando bem fixada externamente).
 - Quando o acesso pós-pilórico for necessário, recomenda-se o controle de pH do líquido aspirado uma vez ao dia (pH duodenal = 6 a 8).
 - A passagem transpilórica espontânea da sonda ocorre em poucos pacientes e, mesmo tendo migrado, a extremidade distal pode retornar ao estômago.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 029

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: SONDAGEM NASOGÁSTRICA

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

MATERIAIS:

1. Sondas nasogástricas.
2. Lubrificante hidrossolúvel.
3. Aspirador, quando prescrito.
4. Toalha, lenço de papel.
5. Cuba rim.
6. Copo de água.
7. Esparadrapo hipoalergênico.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Explicar ao paciente o procedimento.
2. Solicitar ao paciente que respire pela boca e engolir.
3. Colocar o paciente em posição sentada ou semi-sentado.
4. Remover dentaduras se necessário; colocar cuba rim e toalhas de papel ao alcance do paciente.
5. Selecionar o número da sonda de acordo com o diâmetro da narina do paciente.

6. Lavar as mãos e calçar as luvas descartáveis
7. Medir a sonda: distância do lóbulo da orelha à ponta do nariz e daí ao apêndice xifóide e marcando-a neste local.
8. Lubrificar a ponta da sonda com lidocaína geléia.
9. Solicitar ao paciente que permaneça com o queixo próximo ao peito, se necessário, auxiliá-lo.
10. Introduzir a sonda pela narina do paciente fazendo movimentos para cima e para trás.
11. Após a sonda passar pela orofaringe, solicitar ao paciente que faça movimento de deglutição.
12. Introduzir até a marcação realizada anteriormente.
13. Comprovar localização da sonda pela injeção de ar (cerca de 20 ml no adulto e 5 a 10 ml na criança) realizando ausculta da região epigástrica, com objetivo de ouvir ruído brusco e borbulhante, também se pode confirmar o posicionamento da sonda aspirando-se o conteúdo gástrico.
14. Fixar a sonda no nariz ou maxilar do paciente.
15. Retirar as luvas.
16. Lavar as mãos.
17. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
18. Registrar o procedimento em planilha de produção.
19. Manter a sala em ordem.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 030

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: TROCA DE BOLSA DE ESTOMIA

EXECUTANTES: Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

MATERIAIS:

1. Luvas de procedimento
2. Bolsa indicada ao paciente.
3. Placa
4. Compressas de gaze ou papel higiênico .

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Receber o paciente com atenção.
2. Manter o paciente relaxado em posição confortável, mantendo privacidade.

3. Lavar as mãos.
4. Calçar as luvas de procedimentos.
5. Remover a bolsa, tencionando levemente a pele para baixo, enquanto levanta a placa.
6. Descartar a bolsa suja e a placa em saco plástico; guardar o clamp para reutilização.
7. Limpar a pele, utilizando papel higiênico ou compressa de gaze, para remover as fezes.
8. Lavar e secar a pele por completo, depois de limpar. É normal que o estoma sangre discretamente durante a limpeza e secagem.
9. Aplicar a placa, utilizando guia de medição ou padrão para determinar o tamanho do estoma.
10. Marcar o tamanho correto sobre a parte posterior da placa e cortar conforme o tamanho do estoma (é aceitável cortar cerca de 0,5 cm maior que o tamanho do estoma).
11. Remover a cobertura de papel da placa, centralizar a abertura sobre o estoma e pressionar a placa para baixo sobre a pele periestomal.
12. Fixar a bolsa sobre os bordos da placa de acordo com as orientações do fabricante.
13. Aplicar o fechamento na parte posterior da bolsa com o clamp.
14. Retire as luvas.
15. Lave as mãos.
16. Realizar anotação de enfermagem, assinar e carimbar (conforme decisão do COREN-SP-DIR/001/2000).
17. Registrar o procedimento em planilha de produção.
18. Manter ambiente de trabalho em ordem.

OBSEVAÇÃO:

- A. A bolsa drenável pode ser lavada com água e sabão e reutilizada várias vezes.
- B. Orientar o paciente para eliminar o gás através da abertura do clamp.

NORMAS DE PROCEDIMENTOS – Nº 031

Departamento de Saúde/ Coordenadoria de Enfermagem

Procedimento: VACINAÇÃO

EXECUTANTES: Enfermeiro, Técnicos e Auxiliares de enfermagem.

MATERIAIS:

1. Imunobiológicos.
2. Seringas e agulhas.
3. Bandeja de inox.
4. Cartão de vacina.
5. Cartão espelho.
6. Carimbo.
7. Mapa diário de doses aplicadas.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:

1. Receber o cliente na sala de vacinas.
2. Orientar o cliente sobre a vacina a ser administrada e a importância da mesma.
3. Verificar se o cliente não encontra em situação de adiamento da vacinação.
4. Informar sobre os eventos adversos mais comuns, orientando retorno na Unidade sempre que necessário.
5. Orientar quanto a não utilização de pomadas ou compressas no local da aplicação.
6. Registrar a vacina administrada, nº de lote, no cartão do cliente e cartão espelho, assinar com letra legível.
7. Lavar as mãos.
8. Executar técnica asséptica em todo o procedimento.
9. Assegurar-se de que a temperatura da vacina e diluente estejam adequadas.
10. Verificar o prazo de validade da vacina e tempo de uso recomendado, após a diluição da vacina.
11. Observar a dosagem recomendada pelo Laboratório produtor da vacina em questão.
12. Respeitar o local de aplicação, segundo faixa etária.
13. Lave com água e sabão, o local da aplicação, caso o mesmo não apresente boas condições de higiene.
14. Solicite que a mãe ou responsável segure a criança de forma adequada, garantindo uma imobilização segura.
15. Atentar para a relação entre o ângulo de aplicação e agulha adequada, levando em consideração a quantidade de massa muscular do cliente a ser vacinado.
16. Administrar lentamente o líquido da vacina.
17. Não massagear o local da aplicação. Fazer apenas leve compressão com algodão seco.
18. Ao realizar aplicações simultâneas, identifique, no cartão do cliente e cartão espelho, o local de aplicação de cada vacina.
19. Não retire a agulha da seringa no momento do descarte.

20. Não reencepe a agulha.
21. Descarte em coletor adequado, respeitando o limite permitido (2/3 do recipiente).
22. Registrar no mapa diário, a dose aplicada.
23. Arquivar o cartão espelho, no mês de retorno da próxima vacina a ser aplicada.
24. Lavar as mãos.
25. Manter ambiente limpo e organizado.